

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 245

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DHELLEM Jacques, Emile, Paul, Jean, Henri

né le 4 Avril 1932 à Courbevoie (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1959

UN ACCIDENT EXCEPTIONNEL DU PNEUMOPERITOINE,
LA TORSION D'UNE RATE SURNUMERAIRE
AVEC HÉMORRAGIE CATACLYSMIQUE

Président : M. M. LAMY, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 245

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DHELLEM Jacques, Emile, Paul, Jean, Henri
né le 4 Avril 1932 à Courbevoie (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1959

UN ACCIDENT EXCEPTIONNEL DU PNEUMOPERITOINE,
LA TORSION D'UNE RATE SURNUMERAIRE
AVEC HÉMORRAGIE CATAclysmique



Président : M. M. LAMY, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
» » (Prof: à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof: à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
» » (Prof: à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
	N.
	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	CORDIER (C.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUEY (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	N.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARGIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	GOSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie.	GIROUD (A.)
» (Prof: à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)	JOANNON (P.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DEPARIS (M.)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)	GALLIARD (H.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BRUMPT (L. G.)	BRUMPT (L. G.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)	COUVELAIRE (R.)
» (Prof ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)	CHEYMOL (J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)	BINET (L.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BARGETON (D.)	BARGETON (D.)
» (Prof ^r à titre personnel)	PARROT (J.)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNOU (A.)	DOGNOU (A.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.)	Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	{ DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	{ VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	{
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	{ PLAS (F.)		{
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	{ SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	{ DUPERRAT (B.)		{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Electro-Radiologie	{ LEDOUX-LÉBARD (G.)	Pathologie expérimentale	{
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.), pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	{ CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mlle L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	{ ALBAHARY (C.)		
Neurologie	{ LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	{		

	MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.)
	{ MANDE (R.)
	{ NOZZICONACCI (P.)
	{ POLONOVSKI (G.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.)
	{ LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.), m. conf.
	{ pr. s. ch.
	KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	{ CERNÉA (P.)
	{ CHAPUT (M ^{me} A.), m.c. agr.
	{ GRELLET (M.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	{ LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale . . .	{ ABOULKER (P.)
	{ AMELINE (A), pr. s. ch.
	{ HUGUIER (J.)
	{ OLIVIER (G.)
	{ PADOVANI (P.)
	{ POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	{ DOMART (A.)
	{ PERRAULT (M.)
	{ RAMBERT (P.)
	{ THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.)
	{ MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique .	{ DESVIGNES (P.)
	{ OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	{ BOLTANSKI (E.)
	{ LAUNAY (C.)

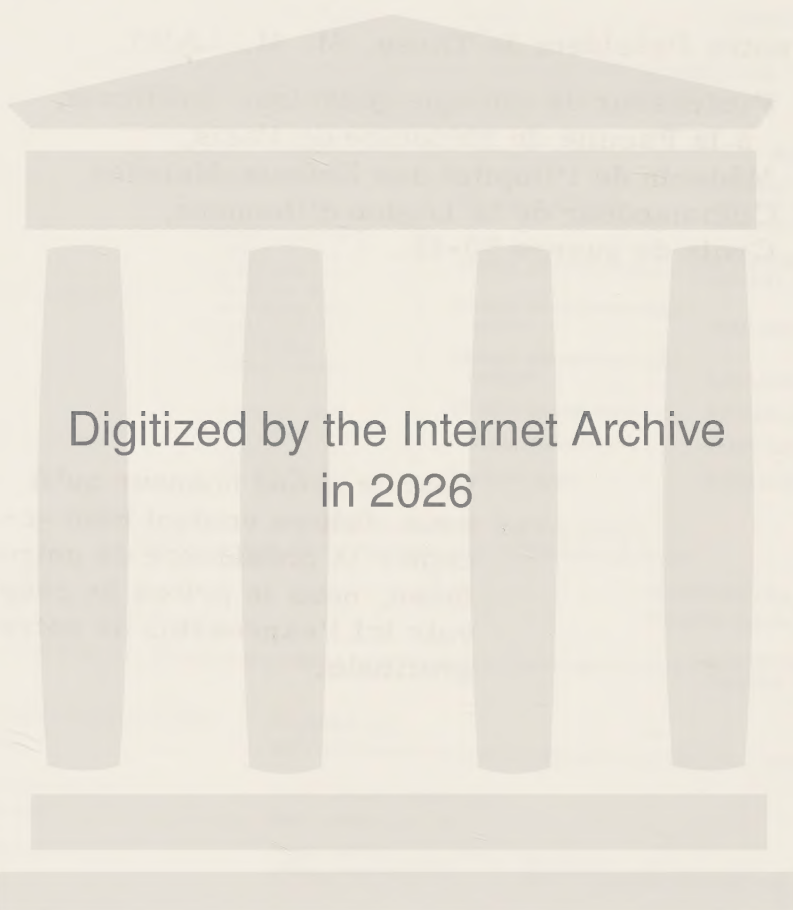
Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{me} ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	{ Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A notre Président de Thèse, M. M. LAMY,

Professeur de clinique génétique médicale,
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Croix de guerre 39-45.

Pour le grand honneur qu'il
nous fait en voulant bien ac-
cepter la présidence de notre
thèse, nous le prions de rece-
voir ici l'expression de notre
gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au Docteur JEAN BRAILLON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ex. Médecin-Chef du sanatorium d'Angicourt,
Phtisiologue de l'Hôpital de Beauvais.

qui nous a fourni le sujet de
notre thèse et a bien voulu nous
donner d'utiles conseils pour
sa rédaction.

Qu'il nous soit également per-
mis de le remercier pour l'en-
seignement que, pendant deux
ans, il nous a dispensé et pour
l'amicale bienveillance qu'il
nous a toujours témoignée.
Qu'il trouve ici le témoignage
de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS
ET DES HOPITAUX PARISIENS.

AUX MEDECINS ET SPECIALISTES DE L'HOPITAL
DE BEAUVAIS.

AU DOCTEUR PHILIPPE GENTY,

- Ancien Chef de clinique des
Hôpitaux de Paris,
- Chirurgien de l'Hôpital de
Beauvais.

qui a opéré notre malade et a
bien voulu nous fournir d'utiles
indications pour la rédaction
de notre observation.

A mes Parents,

dont les sacrifices m'ont
permis de poursuivre mes
études jusqu'au Doctorat.
Qu'ils trouvent ici l'expres-
sion renouvelée de ma ten-
dresse et de ma reconnais-
sance.

A mes Amis,

à ceux qui m'ont soutenu
dans les moments difficiles.

A mes Camarades de l'Internat de Beauvais,

Compagnons des bons et des
mauvais jours, en témoigna-
ge d'amitié.

P L A N

	Pages
- OBSERVATION CLINIQUE	1
- RATES SURNUMERAIRES	6
- ACCIDENTS DE PNEUMOPERITOINE THERAPEUTIQUE	19
- PATHOGENIE DES ACCIDENTS	25
- DIAGNOSTIC	29
- CONCLUSIONS	35
- BIBLIOGRAPHIE	I

OBSERVATION CLINIQUE

Madame Jeanne B... 32 ans, sans profession, présente une tuberculose pulmonaire qui est dépistée en avril 1954. Elle présente de nombreux nodules confluents et plusieurs cavernes dans toute l'étendue du poumon gauche. Les lésions sont particulièrement importantes à la partie moyenne du champ pulmonaire. Elles se prolongent en bas jusqu'au diaphragme. L'état général est mauvais. Madame B... a été affaiblie par quatre grossesses rapprochées. Elle ne pèse qu'une quarantaine de kilos. L'expectoration contient des B.K.

On met en route un traitement, par le P.A.S. en perfusions intra-veineuses, la streptomycine et l'Isoniazide, auxquels on associe un pneumopéritoïne. Celui-ci est insufflé tous les sept à dix jours sans incidents. La malade n'observe qu'une cure de repos très insuffisante. Elle a refusé l'hospitalisation. Elle est surmenée dans sa famille. Elle a quatre enfants et son mari, atteint d'une tuberculose grave et contagieuse, mourra une année plus tard. Après plusieurs mois de traitement l'ex-

pectoration ne contient plus de B.K. mais les lésions pulmonaires régressent incomplètement sous l'influence des antibiotiques et l'état général est mauvais.

Au début de septembre 1955, la malade, très fatiguée, reste au lit. Une dernière insufflation de 800 cm³, du pneumopéritoine, est faite sans aucun incident. Pendant les 48 heures suivantes, la malade éprouve des douleurs abdominales à type de coliques. Ces douleurs sont apparues progressivement et s'accroissent. Madame B... appelle plusieurs médecins à la fois. Leur examen clinique est négatif et ils pensent qu'il s'agit de troubles digestifs banaux. Le matin du troisième jour ayant suivi l'insufflation, c'est-à-dire le 14 septembre 1955, la malade se lève et tombe alors en syncope. La syncope se prolonge et le médecin traitant appelé, conseille le transport immédiat dans le service de Chirurgie de l'Hôpital de Beauvais. Le Docteur GENTY, chirurgien de l'Hôpital de Beauvais, constate un état de choc et d'anémie suraigu, nettement plus marqué que celui constaté ordinairement après la rupture d'une grossesse tubaire. La malade est sans connaissance ; la pâleur de la peau et des muqueuses est extrême, le pouls est incomptable, les extrémités sont froides, la tension artérielle effondrée, la température à 38°. L'examen de l'abdomen montre l'absence de contracture, et un tympanisme qui apparaît paradoxal, le chirurgien n'ayant pas été prévenu par la famille de l'existence d'un pneu-

mopéritoine thérapeutique. Le Docteur GENTY fait le diagnostic d'hémorragie interne et de choc, fait mettre en route une transfusion par des flacons de sang conservé et décide la laparotomie en pensant qu'il s'agit probablement d'une rupture de grossesse tubaire.

L'ouverture de la cavité péritonéale montre une hémorragie profuse, extrêmement abondante, entre deux et trois litres. Elle montre aussi une grande quantité d'air qui intrigue le chirurgien et lui fait rechercher une perforation digestive. L'examen des organes digestifs ne montre pas de perforation. L'utérus et les annexes sont normaux et il n'y a aucun signe de grossesse extra-utérine. Le chirurgien, en explorant méthodiquement la cavité abdominale, découvre dans l'hypocondre gauche une masse tumorale rougeâtre, arrondie, dont la capsule est largement déchirée, et qui saigne abondamment. Cette masse a grossièrement les dimensions et la forme d'un petit rein. Elle est appendue au ligament gastro-colique gauche, en dehors du colon gauche. Le pédicule est tordu. Le chirurgien clampé le pédicule, fait une double ligature et résèque cette masse hémorragique qui a les caractéristiques et l'aspect d'une rate surnuméraire. Le chirurgien vérifie l'absence d'autre hémorragie. Il constate que la rate est en position normale et que son volume est apparemment normal. Il ne constate pas d'autres rates surnuméraires, ni d'autres anomalies. Il n'y a plus de zone qui saigne et, après aspiration, on suture

la cavité abdominale sans drainage.

Un fragment de la masse hémorragique, considérée comme une rate surnuméraire, est prélevé pour examen histologique. Celui-ci est effectué à la Fondation CURIE par le Docteur GRICOUROFF. Il apporte la confirmation qu'il s'agit bien d'une rate, sans autre lésion qu'une congestion intense, avec infarctissement partiel (Ex. Hist. n° 84.533).

L'anémie aiguë de la malade oblige, après l'opération, à continuer les transfusions de sang conservé, et on injecte en tout neuf flacons de sang conservé équivalant à trois litres environ, et deux flacons de 500 cm³ de plasma. Une numération sanguine faite quatre jours après l'opération montre 4.000.000 hématies et 9.000 leucocytes par mm³. Les temps de saignement et de coagulation sont normaux. Pendant les trois jours qui suivent l'intervention, la température reste élevée, entre 38° et 38°6. On institue un traitement par : un gramme de Streptomycine par jour, associé à l'Isoniazide buccal et des perfusions de P.A.S. intraveineux. La malade reçoit également des piqûres d'Adrénoxyl et d'Hépatrol. La température tombe le quatrième jour et devient normale le cinquième.

La malade, encore très fatiguée et très pâle, quitte le service le treizième jour pour rentrer chez

elle, en refusant l'hospitalisation dans le service de Phthisiologie. Pendant les mois suivants, l'anémie régresse rapidement. On continue la cure d'antibiotiques. Le pneumopéritoine, abandonné, n'est pas repris. Les lésions tuberculeuses restent d'abord stables. Une nouvelle grossesse se révèle deux mois plus tard. Les lésions du poumon gauche recommencent alors à s'aggraver et on voit réapparaître une caverne. On tente de créer un pneumothorax gauche mais il est impossible. Pendant les années suivantes, l'évolution s'aggrave lentement. Les différents antibiotiques ralentissent cette évolution, sans être capables de l'enrayer. L'expectoration contient à nouveau des B.K. , à tous les examens, à partir d'avril 1957.

Au début de 1959, le pronostic peut être considéré comme fatal et la mort est prévue dans le courant de cette année.

RATES SURNUMÉRAIRES

I - DEFINITION

Un certain nombre d'auteurs pensent que la rupture partielle de la rate, après un traumatisme et l'ensemencement de la cavité péritonéale par la pulpe splénique libérée, peuvent expliquer l'origine de la plupart des cas de rates surnuméraires, disséminées dans la cavité abdominale. C'est là l'opinion de KREUTER en particulier, en conclusion de ses "Recherches expérimentales sur l'origine des rates accessoires, en particulier après les traumatismes de la rate". Effectivement, de nombreux cas ont été rapportés par des chirurgiens, ou après splénectomie, lors d'une intervention chirurgicale ultérieure, étaient retrouvées de nombreuses petites rates accessoires. Max ADAM, ECCLES, FRERRER, signalent une rate accessoire découverte au cours de la cure radicale d'une éventration consécutive à une splénectomie faite dix ans auparavant, pour rupture de la rate.

Mais cette opinion sur l'origine des rates accessoires paraît fort exagérée. Il n'est pas question de nier ce mécanisme mais de lui rendre sa juste valeur, et rien de plus. En fait, il semble qu'il s'agisse d'une confusion et, au point de vue terminologique, il convient, comme l'a dit QUENU, de distinguer entre les rates surnuméraires d'origine congénitale coexistant avec une rate normale et les rates supplétives ou de remplacement, dont on a pu observer, au cours d'opérations itératives, le développement après une splénectomie. D'ailleurs il existe de nombreux cas, où des rates surnuméraires ont été découvertes au cours d'opérations faites pour une autre cause. C'est le cas par exemple de l'observation rapportée par Lomax WOOD. A notre avis, seules les rates accessoires, préexistantes à tout traumatisme abdominal, à toute splénectomie, méritent le nom de rates surnuméraires vraies. C'est d'elles que nous allons parler maintenant. Elles sont certainement rares, mais sans doute moins qu'on ne l'a pensé pendant longtemps.

II - ANATOMIE

Les exemples de rates multiples sont abondants dans la littérature médico-chirurgicale ou les traités d'Anatomie. Il convient cependant de remarquer que la fréquence relative de cette anomalie, dans une population, est certainement faible, et nous n'avons pas trouvé une seule statistique à ce sujet.

Les rates surnuméraires que l'on rencontre parfois dans le voisinage de l'organe principal, ne sont autre chose que de petits fragments de rate, ovoïdes ou sphéroïdes, pourvus chacun d'un pédicule vasculaire propre. On les rencontre de préférence au niveau du hile de l'organe, dans l'épiploon gastro-splénique, et dans le ligament pancréatico-splénique. Mais on les a vus aussi, dans certains cas, dans la masse graisseuse qui entoure le rein et jusque dans le grand épiploon.

Certains anatomistes ont soutenu qu'elles seraient plus fréquentes chez le fœtus que chez l'adulte. D'autres, comme CRUVEILHIER, n'admettent point cette opinion; pour eux, il est difficile de les découvrir chez l'adulte par suite de l'accumulation plus abondante de graisses autour d'elles. Cependant, si l'on tient compte de ce fait que la plupart des organes surnuméraires ont tendance à s'atrophier et à disparaître même complètement avec l'âge, on peut être amené à reconnaître le bien-fondé de la première opinion.

Dans tous les traités d'Anatomie, on trouve de nombreux exemples de rates multiples. POIRIER et CHARPY, en particulier, ont rassemblé la plupart des cas intéressants cités par d'autres auteurs. Nous nous sommes permis d'y faire de nombreux emprunts. SAPPEY a trois observations de rates surnuméraires. CRUVEILHIER en a rencontré sept, dont les dimensions allaient

régulièrement en décroissant du volume ordinaire d'une rate normale à celui d'un pois. OTTO en signale jusqu'à 23 sur un même sujet. Mais on peut en trouver un nombre encore beaucoup plus considérable, surtout dans le ligament gastro-splénique et principalement, vers son bord inférieur. Généralement, elles sont d'autant plus petites qu'elles sont plus nombreuses. ORTH en a signalé jusqu'à 30 et même 40 chez un même sujet ; ROKITANSKY, jusqu'à 20. Mais le cas le plus remarquable est certainement celui rapporté par ALBRECHT dans lequel le nombre des rates surnuméraires s'élevait à près de 400, avec un volume variant d'un grain de millet à celui d'une noix.

Dans ce dernier cas, la plupart des rates étaient simplement recouvertes par le péritoine, mais un grand nombre aussi possédaient un méso. On en rencontrait sur tous les points de la surface péritonéale, dans les replis péritonéaux qui s'étendent du foie aux organes voisins et jusque dans le cul-de-sac de DOUGLAS et le tiers supérieur du rectum sur la face péritonéale duquel on pouvait en distinguer deux, nettement pédiculées. Quant à la rate normale, située sous le diaphragme, auquel elle adhérait complètement, un peu plus haut que d'habitude; son volume ne dépassait guère celui d'une noix. Elle recevait des vaisseaux spléniques normaux, mais peu développés et son pôle inférieur venait se perdre dans un paquet de rates accessoires de différentes grosseurs.

Le nombre de rates qu'on peut rencontrer chez un même sujet est donc très variable et il semble qu'il y ait plusieurs mécanismes possibles. Et ceci nous amène à dire quelques mots du mécanisme embryologique de formation de ces rates multiples.

III - EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE COMPAREE

Rappelons d'abord brièvement que l'ébauche de la rate est représentée primitivement par une condensation de cellules mésenchymateuses se produisant dans le mésogastre dorsal, près de l'extrémité terminale de l'ébauche pancréatique dorsale. Cette ébauche devient assez tôt vascularisée : l'évolution ultérieure est assez mal connue. Nous en reparlerons plus loin.

En allant du cas le plus simple au plus complexe, on peut schématiser comme suit l'origine des rates multiples :

I - Il peut y avoir une exagération de la lobulation naturelle de l'organe, allant alors jusqu'à sa division complète en plusieurs segments séparés les uns des autres mais, qui, juxtaposés, reproduisent le volume et la forme de la rate normale.

2 - La rate peut encore se trouver dédoublée, suivant un plan qui, passant par le hile, vient ressortir

plus haut au niveau du bord crénelé, de manière à avoir comme dans un cas décrit par Conrad HELLY, une rate gastrique et une rate phrénique.

3 - Dans les cas où l'on a observé un très grand nombre de rates surnuméraires chez un même sujet, on en est réduit à des hypothèses : fragmentation très précoce de l'ébauche mésenchymateuse ou ébauches multiples.

Des rates accessoires aberrantes ont été trouvées dans la tête et la queue du pancréas (disposition normale chez la couleuvre et certains reptiles où pancréas et rate forme une masse unique). Ceci n'est pas pour surprendre, car on sait que chez les Vertébrés inférieurs, les lobules spléniques, apparus dans le mésentère dorsal, peuvent entrer en connexion soit avec tous les segments de l'intestin (Protopterus), soit seulement avec l'un des deux segments : terminal (Batraciens, tortue), ou proximal (salamandre) de celui-ci. Chez les Monotrèmes, la rate est composée de trois lobes effilés qui s'irradient d'un point du mésentère dorsal compris entre l'estomac et l'intestin terminal : l'un postérieur accompagne ce dernier intestin, l'autre, antérieur, se dirige en avant vers l'estomac ; le troisième moyen, conserve une position intermédiaire à celle des deux précédents. Chez les Primates, bien que considérablement réduits et confondus en une masse unique, les trois lobes se laisseraient encore reconnaître, pour certains auteurs.

IV - GENETIQUE

Les rates multiples constituent une anomalie du développement embryologique. On peut se poser la question de savoir si cette anomalie a un mécanisme héréditaire. C'est a priori probable, mais ce n'est pas démontré et connu chez l'homme. En dehors des difficultés propres à toute recherche génétique, il est certain que la pathologie de ces rates multiples est suffisamment discrète en général pour n'avoir pas suscité beaucoup d'intérêt, ni de travaux. C'est ainsi que l'excellent traité de génétique du professeur LAMY n'en parle pas.

V - PATHOLOGIE

Les rates surnuméraires participent à la pathologie splénique en général. Elles peuvent être atteintes dans le paludisme ou d'autres parasitoses. On connaît leur rôle dans les récidives, après splénectomie; pour purpura hémorragique. Nous n'insisterons pas, pour en venir rapidement à la pathologie propre de ces rates accessoires.

Il a été publié un assez grand nombre d'observations de rates surnuméraires ayant entraîné des accidents. Lorsque l'intervention s'est révélée nécessaire il s'agit presque toujours de torsion du pédicule avec rupture habituelle de la rate surnuméraire. Ces accidents surviennent souvent sur des rates pathologiques mais on peut les ob-

server sur des rates saines.

BROCS et CAIN ont rapporté l'histoire d'un paludéen ayant contracté le paludisme en 1917. En 1927 il est pris d'une douleur abdominale très vive avec syndrome péritonéal. A l'opération on trouve dans l'arrière-cavité de l'épiploon un hématome gros comme une tête d'enfant et des fragments mous et rougeâtres qui sont identifiés comme du tissu splénique. La rate normale était absolument indemne. Les coupes histologiques ont permis de conclure à la rupture d'une rate surnuméraire paludéenne.

ALEXANDER, OCKINCZYK, JEIGER et d'autres auteurs ont signalé des cas de torsion de rates accessoires. LERICHE et GRAVIER ont rapporté à la Société de Chirurgie de Lyon, en octobre 1921, l'histoire d'un homme de 23 ans qui, jusque là toujours bien portant, est pris brusquement de douleur dans la région abdominale avec syndrome péritonéal et angoisse. A l'intervention, on lui trouve quatre rates surnuméraires groupées par deux ; un de ces groupes a son pédicule tordu à deux tours et une des rates sus-jacentes a éclaté, d'où l'hémorragie. On enlève les quatre rates. On a même constaté, lors de cette opération, une cinquième rate accessoire appendue au mésentère.

Le cas rapporté par RAZEMON et résumé par AMELINE à une séance de l'Académie de Chirurgie en 1944,

est très intéressant. Un homme de 22 ans, sans autre antécédent qu'une chute sur la tête et l'épaule gauche, de la hauteur d'un mètre, est pris brusquement, deux jours après, de douleurs abdominales hautes avec état nauséux, irradiations scapulaires gauches et contracture de la paroi localisée à la partie supérieure du grand droit gauche. La température et le pouls sont normaux. Sur un fond douloureux continu existent de violents paroxysmes. Une radiographie pré-opératoire montre une curieuse déformation de la poche à air, aplatie et comme refoulée en bas et à droite. Le Dr. RAZEMON intervient et ne trouve, pour expliquer ce syndrome ni pancréatite, ni perforation d'ulcus bouchée, ni occlusion. Il finit par trouver cinq rates. Etagées de bas en haut : deux rates accessoires du volume d'une noix et sessiles, une troisième rate pouvant être considérée comme la rate normale dont elle avait la forme et la moitié du volume, enfin une quatrième et une cinquième rates accessoires mais pédiculées. La plus basse a un pédicule de deux centimètres, tordu de deux tours dans le sens des aiguilles d'une montre. Ablation de la rate à pédicule tordu : ablation préventive de l'autre rate pédiculée ; fermeture ; guérison. L'examen histologique a montré l'infarctissement hémorragique de la rate tordue et l'aspect normal de l'autre.

Plus récemment, BACHY et IMBERT ont rapporté lors d'une séance de l'Académie de Chirurgie, en juin 1950, un autre cas de rate surnuméraire à pédicule tordu.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est que la torsion s'est effectuée sans aucun signe clinique. Le sujet n'a présenté aucune douleur, aucune gêne, aucun trouble digestif. Il a consulté parce que son abdomen avait augmenté de volume. A l'examen, on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant, arrondie, qui se déplace assez facilement dans l'abdomen. Le diagnostic le plus probable est celui de kyste mésentérique. C'est aussi l'avis du radiologiste. Pour des raisons familiales, le malade n'est opéré que plusieurs semaines après l'examen. A l'intervention, on trouve une grosse masse brune, foncée, appendue dans le grand épiploon, longue de 17 cm, haute de 8 et large de 5. Elle s'est tordue deux fois dans le sens vertical sur son pédicule, constitué par le grand épiploon. Dès que la masse est extériorisée, son aspect visuel et tactile fait penser à du tissu splénique. En attirant la grosse tubérosité gastrique dans l'incision, il est facile de constater qu'une rate normale comme volume et comme situation, existe dans le haut de l'hypocondre gauche, il n'y a aucune autre lésion dans l'abdomen. La tumeur est enlevée, la paroi fermée. Les suites opératoires sont des plus simples. L'examen histologique confirmera qu'il s'agit bien d'une rate avec de volumineux infarctus secondaires à la torsion.

La symptomatologie de ces rates surnuméraires tordues est donc très variable. Dans le cas rapporté par BACHY, et qui semble exceptionnel, seule l'augmenta-

tion de volume de l'abdomen a attiré l'attention ; les signes généraux et fonctionnels ont été inexistants. Dans les autres cas, la torsion s'est manifestée par des crises douloureuses abdominales qui peuvent cesser brusquement et reprendre. L'atteinte de l'état général est variable ; un état de choc peut être observé. Un signe de grande valeur est la constatation à la palpation d'une tumeur dans l'hypocondre ou le flanc gauche. Mais c'est un signe inconstant et quelquefois difficile à mettre en évidence. La contracture de l'abdomen manque ou est localisée. La radiographie ne donne généralement pas grand renseignement. Dans le cas d'OCKINCZYC, elle montre un estomac déformé au-dessus de la poche à air. Dans le cas rapporté par BACHY, les intestins et l'estomac sont refoulés sans qu'il y ait stase ou déformation.

Les cas de torsion des rates accessoires sont très rares. Nous avons cité les observations de BROCCQ, d'OCKINCZYC, de LERICHE, de RAZEMON, de BACHY. Elles couvrent une période d'environ 25 ans. Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, un seul cas rapporté de torsion d'une rate surnuméraire au cours d'un pneumopéritoine thérapeutique.

Signalons, pour terminer, que l'on connaît deux cas de dégénérescence maligne de rates accessoires. Les rates surnuméraires peuvent, enfin, entraîner des phénomènes de compression, quand elles se trouvent au voisi-

nage des glandes génitales, en particulier dans le scrotum.

ACCIDENTS DU PNEUMOPERITOINE

THERAPEUTIQUE

Dans l'observation que nous avons rapportée, la torsion d'une rate surnuméraire a été observée chez une malade présentant un pneumopéritoine thérapeutique. Nous discuterons dans un autre chapitre la pathogénie proprement dite. Nous allons, ici, essayer de situer cet accident parmi les complications connues ou possibles du pneumopéritoine.

Il n'est pas inutile tout d'abord, de faire un bref rappel concernant le principe et les indications du pneumopéritoine thérapeutique.

Considéré comme un mode mineur de collapsothérapie, le pneumopéritoine consiste à provoquer une détente verticale et bilatérale des lésions pulmonaires par insufflation d'air filtré dans la cavité péritonéale. Le collapsus provoqué est limité mais en revanche, la fonc-

tion respiratoire est peu diminuée. Le pneumopéritoine présente aussi l'avantage de pouvoir être abandonné presque toujours sans séquelles. L'avènement des antibiotiques antituberculeux a limité ses indications. On le pratique surtout dans les lésions particulièrement graves lorsque l'échec des antibiotiques est probable ou quand ceux-ci ont prouvé leur inefficacité. On l'utilise aussi quand le pneumothorax est impossible à créer ou inefficace, ou même dangereux, lorsque la fonction respiratoire est nettement diminuée. Le pneumopéritoine conserve dans tous ces cas, une efficacité limitée mais certaine.

Les accidents du pneumopéritoine existent. Ils sont variés. Les méconnaître serait une faute, mais leur rareté relative fait que la morbidité du pneumopéritoine est faible.

On peut observer, en premier lieu, des accidents mineurs, qui sont plutôt des incidents. Si au lieu d'injecter l'air dans le péritoine, on l'injecte dans la paroi, on crée un emphysème sous-cutané bénin. L'injection d'air dans l'intestin ou l'estomac est, en général, parfaitement tolérée, l'air s'échappant ensuite par l'anus. On n'observe jamais, dans ce cas, d'infection.

Mais on peut voir des accidents beaucoup plus graves. Au premier rang, se placent les embolies gazeu-

ses qui sont, paradoxalement, plus fréquentes que lors des insufflations de pneumothorax. Les autopsies ont montré qu'il y a eu presque toujours injection d'air dans une veine de la paroi. Puis cet air est passé dans la grande circulation, dans le coeur droit, dans la circulation pulmonaire, dans le coeur gauche. L'air injecté n'entraîne des embolies gazeuses qu'après avoir traversé le filtre constitué par les capillaires pulmonaires. Les recherches expérimentales faites chez l'animal et les études anatomo-pathologiques faites par le Pr . DELARUE, en particulier, chez l'homme, ont montré le rôle des anastomoses artério-veineuses au niveau du poumon. L'air injecté dans la grande circulation peut être ainsi "court-circuité" au niveau de ces anastomoses et ne pas être arrêté par le filtre des capillaires pulmonaires. Les embolies gazeuses se font dans les artères de la grande circulation, en particulier les artères cérébrales. Ces embolies sont souvent graves et peuvent être la cause de morts subites au cours de l'insufflation d'un pneumopéritoine. C'est un accident immédiat.

Des hémorragies par blessure d'une artère parentérale ont été décrites. Quand il s'agit d'une hémorragie intestinale, elle est généralement peu importante et sans conséquence grave. Les hémorragies abondantes intrapéritonéales n'ont été rapportées qu'exceptionnellement.

Par contre, un accident tardif d'évolution subaiguë est relativement fréquent, c'est l'apparition d'un

épanchement péritonéal. Cet épanchement est souvent méconnu car il est invisible à l'examen radioscopique. Il peut être mis en évidence par une technique radiologique particulière : sujet couché sur le flanc, radio centrée sur le bassin, cliché pris avec grille. On aperçoit ainsi un épanchement dans le Douglas. Cet épanchement latent serait retrouvé dans la moitié environ des pneumopéritonies. Ces épanchements subaigus restent généralement méconnus. Ils évoluent assez rarement vers la péritonite vraie. Ils peuvent être à l'origine d'adhérences péritonéales.

D'autres complications sont beaucoup moins classiques. Il s'agit des accidents de torsion. D'après deux auteurs américains William H. FALOR et Darrel C. ANGUS, le pneumopéritoine prolongé, employé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, est la cause d'une ptose des viscères se trouvant à la partie supérieure de l'abdomen. Le pneumopéritoine crée un espace libre important facilitant le mouvement de ces organes. Il est donc logique d'admettre que la torsion d'un certain nombre de viscères abdominaux ou pelviens peut être facilitée par le pneumopéritoine. On peut imaginer une torsion du sigmoïde ou encore d'un kyste de l'ovaire.

C'est MIDDLETON, semble-t-il, qui, le premier en 1950 a proposé d'ajouter à la liste des complications du pneumopéritoine la torsion de la rate. Mais pour que

la torsion puisse s'effectuer, d'autres facteurs, pré-existants au pneumopéritoine, doivent intervenir. Il en est ainsi par exemple d'une longueur anormale du pédicule splénique. D'autre part, le terrain joue un grand rôle. Sur 116 cas de torsion de rate, rapportés par FALOR et ANGUS, 87% sont survenus chez des femmes, surtout des multipares ; 65% des cas ont été observés entre 20 et 40 ans. La torsion est en règle un accident tardif : 7 mois dans un cas, 21 mois dans un autre après la création du pneumopéritoine. Les symptômes cliniques de la torsion de la rate, ne sont pas pathognomoniques. C'est, selon l'expression de ces deux auteurs anglo-saxons "une catastrophe intra-abdominale". Le seul signe physique qui peut attirer l'attention est la constatation d'une masse arrondie, douloureuse, palpable dans l'hypocondre gauche. Mais ce signe est relativement rare et difficile à mettre en évidence.

Nous n'avons pas trouvé, rapporté dans la littérature, un cas de rate surnuméraire et non plus de rate normale, tordue sur son pédicule, chez un sujet présentant un pneumopéritoine thérapeutique. On peut supposer que le mécanisme pathogénique est le même. On peut donc rattacher la torsion d'une rate surnuméraire aux complications du pneumopéritoine. Mais la possibilité de cet accident doit être considérée comme très faible étant donné la rareté de l'association : rate surnuméraire et pneumopéritoine chez un même sujet.

PATHOGENIE DES ACCIDENTS

On peut résumer l'observation que nous avons exposée, de la façon suivante. Une hémorragie cataclysmique intra-péritonéale est survenue au cours de l'entretien d'un pneumopéritoine thérapeutique chez une tuberculeuse pulmonaire. L'opération faite d'urgence a montré que l'hémorragie provenait d'une rate surnuméraire tordue, infiltrée de sang et rompue. La résection de cette rate surnuméraire, après ligature du pédicule, a empêché toute récurrence de l'hémorragie. L'examen anatomo-pathologique de l'organe prélevé a confirmé qu'il s'agissait bien de tissu splénique. Celui-ci s'est révélé être très congestionné et partiellement infarci de sang.

Les hypothèses que l'on peut discuter sont les suivantes :

1 - Y-a-t-il eu une blessure de la rate surnuméraire par l'aiguille au cours de l'insufflation du pneumopéritoine ?

2 - Le pneumopéritoine a-t-il favorisé la torsion de la rate surnuméraire préexistante ?

L'intervalle de 48 heures entre la dernière insufflation du pneumopéritoine et l'hémorragie rend déjà l'hypothèse d'une blessure par piqure, très peu probable. De plus, toutes les insufflations étaient faites sur la ligne blanche à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Or, la rate surnuméraire était située dans l'hypocondre gauche à plus de dix centimètres de l'extrémité de l'aiguille. La constatation d'une torsion des vaisseaux du pédicule permet également de rejeter l'hypothèse d'une blessure récente de la rate surnuméraire par l'aiguille sans mécanisme de torsion.

Le pneumopéritoine a-t-il facilité la torsion de cette rate surnuméraire préexistante ? C'est probable, sans qu'il soit possible de le prouver avec certitude. La présence d'air dans la cavité péritonéale rend tous les organes intrapéritonéaux plus mobiles et augmente fortement l'étendue de leurs déplacements causés par la pesanteur au cours de mouvements. Il est donc vraisemblable que la présence d'air dans la cavité péritonéale ait facilité la torsion de cette rate surnuméraire, qui semble avoir été particulièrement volumineuse et qui était pourvue d'un pédicule permettant la torsion.

On peut se demander si une lésion pathologique de cette rate surnuméraire n'aurait pu augmenter le vo-

lume de celle-ci, et en particulier, s'il n'y a pas eu des lésions tuberculeuses.

On sait que les nodules tuberculeux sont fréquents dans la rate normale, au cours des tuberculoses aiguës. Par contre, ils sont assez rarement retrouvés au cours de tuberculoses pulmonaires chroniques, comme celle que présentait notre malade. Ces nodules sont même devenus exceptionnels dans les tuberculoses chroniques traitées par les antibiotiques antituberculeux. L'examen anatomo-pathologique permet d'ailleurs d'éliminer cette hypothèse car il n'a pas révélé de lésions pathologiques tuberculeuses ou parasitaires, antérieures à la torsion.

L'état général de la malade, enfin, et en particulier son amaigrissement accentué ont peut-être joué également un rôle. Mais ce n'est là qu'une pure hypothèse.

Dès lors on peut essayer de reconstituer le déroulement des faits cliniques de la façon suivante. La malade présentait une rate surnuméraire relativement volumineuse et pédiculée. Cette situation était insoupçonnée et insoupçonnable. Elle est certainement rarissime. L'examen endoscopique du péritoine aurait, seul, pu la mettre en évidence, mais on ne fait cet examen, peu courant, que s'il y a des raisons médicales qui le justifient, ce qui n'était pas le cas. Cette femme présentant une tuber-

culose pulmonaire grave et évolutive , malgré la cure d'antibiotiques, on avait dû adjoindre au traitement, un pneumopéritoine thérapeutique. Celui-ci avait été insufflé sans incidents, depuis bientôt un an et demi. Pour une raison inconnue, au bout de ce laps de temps, le pneumopéritoine a très probablement favorisé la torsion. Celle-ci semble s'être effectuée en deux étapes. Dans un premier stade, qui a duré deux jours et qui ne s'est traduit que par des douleurs abdominales à type de coliques, la torsion a comprimé mécaniquement les veines du pédicule, plus que les artères, et cette hypertension vasculaire a entraîné la congestion puis l'éclatement des vaisseaux et capillaires spléniques. La capsule mince de la rate surnuméraire ne pouvait offrir qu'une résistance mécanique très faible. Elle a fini par se déchirer et dans un deuxième stade, il y a eu une hémorragie extrêmement abondante à l'intérieur du péritoine. Celle-ci aurait certainement entraîné la mort en l'absence d'opération.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'a pas été fait cliniquement . Pou-
 vait-il être fait ? Le problème se pose de façon différen-
 te, à chaque stade de l'histoire clinique. Nous allons les
 envisager successivement.

1 - Avant les premiers signes de torsion

Pendant cette période, le pneumopéritoine était
 insufflé régulièrement sans incidents. La rate surnumé-
 raire était clinique ment muette. Pouvait-on néanmoins en
 connaître l'existence ?

Cela n'aurait été possible qu'à condition de prati-
 quer une péritonéoscopie. Mais c'est là un examen peu
 courant, qui demande un opérateur entraîné, et qui, au
 surplus n'est pas dénué de risques. D'autre part, même
 en pratiquant cet examen endoscopique de la cavité péri-
 tonéale, on n'avait qu'une chance sur deux ou sur trois
 de pouvoir révéler la présence d'une ou plusieurs rates

surnuméraires. Enfin, la rareté certaine de cette anomalie ne justifiait pas un examen systématique.

2 - Au stade des douleurs abdominales

La symptomatologie était banale. La malade se plaignait de coliques et de rien d'autre. Il est normal dans ces conditions que le diagnostic n'ait pas été fait.

3 - Au stade d'hémorragie interne et de choc :

Le diagnostic de ce tableau clinique était facile. La gravité de l'atteinte de l'état général était évidente. Une seule solution s'imposait ; l'hospitalisation d'urgence.

Le diagnostic étiologique était, par contre, particulièrement difficile. La malade, sans connaissance, ne pouvait répondre à aucune question. Mais surtout, la présence d'un pneumopéritoine compliquait le problème.

Dans le cas de notre malade, le pneumopéritoine était ignoré du chirurgien. Si son existence avait été connue, le diagnostic se serait posé de façon différente. Nous allons d'abord envisager le problème du diagnostic tel qu'il s'est présenté effectivement dans notre observation.

Les diagnostics suivants pouvaient être envisagés :

- a - Un infarctus du myocarde, à forme atypique, dite "abdominale". Mais un infarctus ne donne pas d'anémie aiguë et n'entraîne pas de perte de connaissance

prolongée. D'autre part, la constatation d'un tympanisme abdominal net rendait encore ce diagnostic peu vraisemblable.

- b - Une perforation d'ulcus dans laquelle on constate également, de façon habituelle, un tympanisme abdominal, mais le reste du tableau clinique est ordinairement fort différent. La paroi abdominale présente presque toujours une contracture nette et les signes généraux sont moins accentués.
- c - Une pancréatite aiguë hémorragique. La brutalité de l'accident, l'absence de contracture, l'état de choc et d'anémie suraigu rendaient ce diagnostic très possible.
- d - Un infarctus de l'intestin et du mésentère. Ce syndrome abdominal aigu entraîne un état de choc avec signes d'hémorragie interne. L'abdomen est en règle assez souple, sans contracture. C'était donc, là encore, un diagnostic possible.
- e - Une occlusion intestinale aiguë ou suraiguë : On observe dans ces cas un état de choc et un météorisme abdominal. Mais les autres signes cliniques sont fort différents : vomissements, douleur qui peut être intense mais n'entraîne presque jamais de syncope. Il n'y a pas non plus de signes d'hémorragie interne.

Ce diagnostic pouvait donc être éliminé assez facilement.

- f - Unecolique hépatique : Certaines formes cliniques peuvent entraîner un véritable état de choc. Mais le siège de la douleur, l'absence de signe d'hémorragie interne, et de tympanisme auraient permis d'éliminer assez facilement ce diagnostic.

- g - Une colique néphrétique : Il est très rare que la douleur quelque intense qu'elle soit, entraîne une perte de connaissance. Les caractéristiques habituelles du syndrome douloureux de la colique néphrétique, et là encore, l'absence de signes d'hémorragie interne permettaient de rejeter assez aisément ce diagnostic. Seule la constatation d'un tympanisme ne pouvait être un signe différentiel valable car on sait qu'il existe des formes pseudo-occlusives de colique néphrétique.

- h - Torsion d'organe : La torsion d'organes abdominaux ou pelviens pouvait également être envisagée : en particulier torsion d'une rate mobile ou d'un kyste de l'ovaire.

Mais chez une femme jeune, en période d'activité génitale, le diagnostic qui devait être surtout envisagé était celui d'une rupture de grossesse tubaire. C'est d'ail-

leurs le diagnostic auquel le chirurgien s'était arrêté avant l'intervention.

Si l'existence du pneumopéritoine avait été connue du chirurgien, des diagnostics tels que perforation d'ulcus ou occlusion intestinale aiguë seraient devenus très difficiles. Du fait du pneumopéritoine thérapeutique, la constatation d'un tympanisme abdominal ne présentait plus de signification pathologique.

En résumé : pouvaient donc être envisagés, les syndrômes abdominaux susceptibles d'entraîner à la fois un état de choc et d'anémie aiguë c'est-à-dire essentiellement : pancréatite aiguë hémorragique, infarctus mésentérique, torsion d'un kyste de l'ovaire ou d'une rate mobile. Chez une femme jeune, on devait surtout penser à une rupture de grossesse tubaire.

4 - Au cours de l'intervention :

Le diagnostic n'a été fait qu'à ce stade. Le chirurgien n'a trouvé pour expliquer l'hémorragie qu'une masse tumorale rougeâtre et saignante, tordue sur son pédicule, au niveau de l'hypocondre gauche. D'après la situation, l'aspect et les dimensions de cette masse, le chirurgien a pensé à la possibilité d'une rate surnuméraire. Il faut donc bien connaître la possibilité d'anomalies

semblables. Bien qu'exceptionnelles, il faut pouvoir y penser et ne pas hésiter à en faire la résection. On confirmera toujours, d'ailleurs, le diagnostic clinique par un examen histologique.

C O N C L U S I O N S

Un accident exceptionnel du pneumopéritoine thérapeutique a été observé chez une femme de 32 ans atteinte de tuberculose pulmonaire gravissime, évoluant malgré la cure d'antibiotiques antituberculeux. Le pneumopéritoine est d'abord insufflé sans incident pendant un an et demi. Après une dernière insufflation, la malade éprouve des coliques abdominales pendant deux jours. Le troisième jour, elle présente un syndrome d'hémorragie interne. La laparotomie faite d'urgence révèle une hémorragie intrapéritonéale de plus de deux litres, provenant d'une rate surnuméraire pédiculée et tordue. Cette rate surnuméraire est appendue au ligament gastocolique. L'examen histologique confirmera par la suite qu'il s'agissait bien de tissu splénique, histologiquement normal. La résection de la rate surnuméraire est suivie de la guérison du syndrome abdominal, mais

la tuberculose pulmonaire continue à évoluer lentement et son pronostic peut être considéré comme fatal , quatre ans plus tard.

Le pneumopéritoine continue à être employé assez souvent dans le traitement de la tuberculose pulmonaire lorsque les antibiotiques sont incapables à eux seuls d'obtenir la guérison. Les accidents sont rares . On observe surtout des embolies gazeuses ; les hémorragies par blessure d'un vaisseau sont exceptionnelles. La torsion d'une rate surnuméraire, au cours du pneumopéritoine, semble n'avoir jamais été rapportée.

Les rates surnuméraires ont été surtout observées par les anatomistes. La taille de ces rates surnuméraires varie depuis celle d'une rate normale jusqu'à celle d'un grain de millet. Leur nombre chez un même sujet, peut varier de un à quarante. Une seule observation en signale 400. Leur taille est généralement d'autant plus petite qu'elles sont plus nombreuses. Cette malformation congénitale est rare et presque toujours latente. Son diagnostic est en effet impossible pendant la vie en l'absence de laparotomie ou de péritonéoscopie. On ignore si elle se transmet héréditairement.

Dans notre observation l'hémorragie a été causée par la torsion du pédicule d'une rate surnuméraire unique, mais relativement volumineuse. Cette torsion

semble avoir été facilitée par le pneumopéritoine. La possibilité d'une blessure directe par l'aiguille d'insufflation peut être écartée.

Cet accident est trop exceptionnel pour que l'on conseille de faire un examen péritonéoscopique systématique au cours du pneumopéritoine. Cette thérapeutique conserve, à notre avis, toute sa valeur.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :
Pr. M. LAMY Pr. L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER - Rate accessoire avec torsions répétées du pédicule - The Lancet 6 juillet 1929.
- BACHY & IMBERT - A propos d'une rate surnuméraire à pédicule tordu. Mém. Acad. Chirurgie 14 - 21 juin 1950.
- BROCQ & CAIN - Rupture d'une rate surnuméraire chez un paludéen. Bul. Soc. chir. 1930.
- BROUET & BARIETY - Phtisiologie du médecin praticien. Paris Masson édit. 1923.
- COX Daniel et GALIBTER David. - Le pneumopéritoine en sanatorium. Etude théorique et clinique Bruxelles 1957.
- FALOR William H. et ANGUS Darrel C. - Torsion, Associated with Pneumoperitoneus.
- FISHER O.E. et G.B. LORD - Torsion complicating pneumoperitoneum. Treatment.
- GAMAIN Bernard - La place du pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
- HALPERT B. et EATON W.L. - Lésions in accessory spleens A.M.A. Arch. path. June 54.

II

- HARIRI Mohammed Reza - Contribution à l'étude du pneumopéritoine, en particulier de ses complications péritonéales. Thèse Médecine n° 11, année 1953. Université de Lausanne.
- JEIGER - Un cas de torsion du pédicule d'une rate accessoire. Zentralblatt für Chirurgie - 11 juillet 1931.
- KREUTER - Recherches expérimentales sur l'origine des "Rates accessoires" en particulier après les traumatismes de la rate. Beitrage für kinische Chirurgie 1919.
- LAMY Maurice - Professeur - Précis de génétique médicale - Paris 1952
- LEVI-VALENSI - Diagnostic et thérapeutique phtisio-logique 1954.
- LOMAX WOOD - Hernie étranglée -
Herniotomie - Rate supplémentaire trouvée dans l'épiploon lors de l'opération. The Practitioner (Déc. 1909)
- MIDDLETON - Torsion de la rate associée à un pneumo-péritoine . Ann. Rev. tub. Octobre 1950
- OCKINCZYC - Torsion de la rate surnuméraire. Soc. Chir. 1935.
- ORVOINE Robert - A propos d'un cas de torsion aiguë d'une rate ectopique. Thèse Paris 1956 n° 768.
- POIRIER Paul Julien et A. CHARPY - Traité d'Anatomie humaine . Nouvelle Edition.
- RAZEMON (Rapporté par AMELINE) Torsion du pédicule d'une rate surnuméraire.
Mém. Acad. Chirur. 1944

III

SILVESTRE G. - Role of congénital factors in ptosis
and volvulus of spleen
Arch. Sc. Avril 1951

Encyclopédie médico-chirurgicale n° 4 - Tuberculose
n° 14 - Organes hématopoiétiques.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante

PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58-90